

BIBLIOGRAFIA

- AERZAS y PEYRON.—Bull. Assoc. française pour l'étude du cancer, 7, 194, 1914.
- ANDLER y SCHMINCKE.—Acta chir Scand., 56, 364, 1923.
- ARDOIN.—L'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs malignes, en particulier des chordomes. These de Doctorat, Paris, 1927.
- AYMÉ.—Les chordomes sacro-coccygiens. These de Doctorat, Lyon, 1922.
- BERARD, DUNET y PEYRON.—Bull. Assoc. Franc. pour l'étude du cancer, 11, 28, 1922.
- BRUCE y MEKIE.—Surg. Gynec. Obst., 65, 40, 1937.
- CORNEN.—Das Chordom. Bruns' Beitrage z. klin. Chir., 133, 1, 1923.
- CURTIS y LEFORT.—Revue de Chir., 44, 1, 1911.
- CHESKY.—Arch. Surg., 24, 1.061, 1932.
- COLEY.—Ann. Surg., 105, 463, 1937.
- DICKSON y LAMB.—Ann. Surg., 93, 857, 1931.
- FELDMANN.—Chordoma ossis sacri. Ziegler's Beitrage f. path. Ant., 48, 630, 1910.
- GERBER.—Archiv für klin. Chir., 159, 248, 1930.
- GENTIL y COLEY.—Ann. Surg., 127, 432, 1948.
- LINCK y WARSTADT.—Bruns' Beitrage z. klin. Chir., 127, 612, 1922.
- MAZZIA y VECCHI.—Giorn. di medic. di Torino, 191, 1910.
- MIGOTTI.—Il Policlin., 29, 265, 1922.
- OLSMAN y LEV.—Am. J. Surg., 60, 115, 1943.
- RICHARDSON y TAYLOR.—Brith. Med. J., 1, 862, 1926.
- RICHARDS y KING.—Surgery, 8, 409, 1940.
- SANDHAL.—Act. Chir. Scand., 72, 421, 1932.
- SCHNEISS.—Contribution a l'étude des chordomes. These de Doctorat, Paris, 1920.
- SOMMER.—Med. Klin., 692, 1926.
- SENEQUE y GRINDA.—Journ. de Chir., 35, 817, 1936.
- VIRCHOW.—Entwicklung des Schadelgrundes; Die Krankhaften Geschwulste.

DOS CASOS DE POLIPOS AMIGDALINOS

L. M.^a GIL Y GIL

Otorrinolaringólogo del Seguro de Enfermedad. Cáceres.

El que me decida a publicar estos dos casos se debe a la rareza con que se presentan en clínica. Para un autor como CHEVALIER JACKSON, no obstante su dilatada vida profesional, dice son poco frecuentes. A pesar de ello, revisé toda la bibliografía al alcance de mi mano y sólo encontré pocos casos publicados; uno de ellos viene en la "Revista Brasileña de Otorrinolaringología" correspondiente al mes de febrero del año 1945, en el que se citan sólo dos casos observados, entre unos treinta y cinco mil enfermos de la especialidad, y la de FAIRBANS, citado por el Dr. PATERNINA, el cual dice que la estadística más reciente es la del mencionado autor y que da unas cifras de 0,14 por 100.

Voy a reseñar, de una manera somera, las dos historias clínicas objeto de este trabajo.

Historia clínica número 3.809.—M. R. P., de cuarenta y cinco años, casado y de oficio del campo, natural de Cáceres.

Antecedentes familiares.—Padres, muertos de edad avanzada; han sido seis hermanos, dos hembras y cuatro varones. Todos ellos viven y no aquejan nada anormal; mujer sana y ocho hijos.

Antecedentes personales.—En su infancia sólo tuvo sarampión y escarlatina. Desde estas enfermedades no ha vuelto a tener ninguna enfermedad y nunca padeció de amígdalas.

Motivos de la consulta.—Hace cosa de un año viene notando sensación de estorbo en la garganta, localizándolo en el lado izquierdo; en los primeros tiempos de tener estas molestias no hizo caso, pero viendo que no se le pasaban las molestias de garganta, dejó de fumar y

beber; pero como tampoco cedían, sino que más bien le aumentaban las mencionadas molestias, acudió a su médico, el cual le reconoció y le dijo que lo que tenía era una faringitis, mandándole unos gargarismos de sulfamidas y por ingestión un tubo de sulfamidas (Sulfotiazol). A pesar de esta medicación y de un régimen higiénico, dietético, el enfermo no notaba mejoría, sino que a la sensación de estorbo en garganta se le añadieron unos accesos de tos y a veces una sensación nauseosa, llegando a veces a producirle vómitos inmediatamente después de haber comido. Nos cuenta que siempre tenía la boca llena de saliva, haciéndole escupir con frecuencia.

Con esta historia clínica comienzo la exploración del enfermo.

Rinoscopia: Anterior y media, normal.

Cuello normal, no apreciándose adenopatía y si sólo resaltando unos músculos esternocleidomastoideos muy desarrollados.

Boca sana, aunque muy desaseada.

Faringe: Deprimida la lengua mediante el depresor aparecen ante mi vista las siguientes particularidades:

Amígdala derecha: está sólo representada por un acúmulo de tejido, no apreciándose alteración en ella.

Amígdala izquierda: lo primero que observo es una amígdala de mayor tamaño que la del lado opuesto y como si constara de dos lóbulos, siendo el superior de mayor tamaño que el inferior. Ante esta supuesta anomalía amigdalina, someto a esta región anatómica a un detallado examen, apreciando los siguientes caracteres: Entre ambos pilares se ve una amígdala de regulares dimensiones, pero que no ocupa toda la fosa amigdalina, y que a nivel de su polo superior, y a un centímetro del mismo, se aprecia un pedículo de medio centímetro aproximadamente y a continuación una masa bilobulada, siendo el lóbulo superior más pequeño; ambos lóbulos están cubiertos de mucosa normal y de un tamaño de una avellana; mediante el estilote, veo que estas formaciones se desplazan hacia todos los lados; retirada la espátula de Mann, que me ha servido para efectuar la exploración, veo que descansan sobre la base de la lengua, lo cual me explica y aclara el caso por completo la sintomatología que aquejaba al enfermo (sensación de estorbo, tos, náuseas, vómitos, etc., etc.).

El resto de la exploración, rinoscopia posterior, tacto nasofaríngeo, hipofaringoscopia, laringoscopia directa e indirecta, senos, son normales, no acusando alteración.

Ante el cuadro clínico y la historia del enfermo hago el diagnóstico de pólipo amigdalino izquierdo, con asiento en su parte media.

Como tratamiento aconsejo la extirpación de la misma, la cual es aceptada por el enfermo.

En este enfermo las pruebas de laboratorio hemograma, recuento leucocitario, tiempo de hemorragia y de coagulación son normales.

No obstante, someto al enfermo a un tratamiento preoperatorio de vitamina K, como es norma mía en todos los casos que está indicada la extirpación quirúrgica de las amígdalas.

Historia clínica del segundo caso.—Historia número 7.061.—A. M. S., de treinta y tres años de edad, casado y de profesión ferroviario.

Antecedentes familiares.—Padres sanos; han sido tres hermanos, un varón y dos hembras. Todos ellos sanos no aquejando nada anormal. Mujer y dos hijos, sanos.

Antecedentes personales.—Enfermedades propias de la infancia; luego no recuerda haber tenido ninguna más. Fumador, pero no bebedor; nunca padeció de anginas.

Motivo de la consulta.—Hace unas cuarenta y ocho horas, y comiendo pescado, notó como si una espina se le hubiese clavado en el lado derecho. Fué a los pocos momentos a su médico de cabecera, el cual le dijo que no tenía espina, y que lo que tenía era una especie de bultito en la garganta, y que sería conveniente se tras-

ladase a la capital para que le viese el especialista de garganta.

Con esta historia tan pobre comienzo la exploración del enfermo.

Rinoscopia: Anterior y media, normal.

Oído derecho e izquierdo, normal. Pruebas audiométricas, no acusan alteración.

Cuello normal, no apreciándose adenopatía ni en parte anterior ni laterales.

Boca sana.

Faringe: Deprimida la lengua, aparecen ante mi vista dos amígdalas de tipo escleroso; en la del lado derecho nada se aprecia, pero en la izquierda, al hacer el examen, observo que en su cuerpo, y a nivel de su parte media, se aprecia una formación, la cual está como adherida al cuerpo de la misma, y que al ser tocada mediante el estilote veo que se desplaza en todas las direcciones; su tamaño viene a ser el de un garbanzo, presentando un pedículo muy pequeño.

Ante el cuadro clínico hago el diagnóstico de pólipo amigdalino aconsejando la extirpación. Esta es aceptada por el enfermo, sometiéndole a éste a las pruebas pertinentes de laboratorio. Las cifras de tiempo de hemorragia y de coagulación son normales; no obstante, someto al enfermo a una terapéutica preventiva de vitamina K.

La técnica seguida en estos dos enfermos es la disección total y única al bisturí, la cual es conocida e innumerables veces descrita por el Doctor CASADESUS. Su fundamento es la disección por sección y por planos en la misma forma que se cliva y desconecta y enuclea un quiste. Mediante esta técnica enucleo la amígdala y su formación polipoidea; examinada la longue amigdalina no veo ningún punto sangrante. Sometiendo a ambos enfermos a un tratamiento postoperatorio higiénico y dietético apropiado.

Ambos enfermos fueron dados de alta a los doce días de haber sido intervenidos.

Los informes anatomopatológicos de las dos formaciones polipoideas fueron remitidos al

Doctor AGUSTÍN AZNAR GENER, el cual envió el diagnóstico de pólipo.

Para terminar, voy a hacer a continuación un somero estudio clínico de los pólipos amigdalinos.

La sintomatología de esta afección suele ser, por lo general, muy solapada, y su hallazgo es fortuito, como en el segundo de mis casos, el cual había cursado sin sintomatología, y sólo al producirse en esta región un traumatismo fué la causa de su hallazgo. Son, por lo tanto, indolores, pasando desapercibidos meses y años hasta que, por su volumen, hacen acto de presencia, con la consiguiente preocupación del enfermo, el cual cree que lo que padece es un cáncer; las molestias más frecuentes son desde una tos ligera hasta llegar a la disfagia, pasando por el reflujo de líquidos por la nariz al intentar tomar líquidos. Otras veces su comienzo es una serie de epistaxis repetidas y rebeldes a todo tratamiento; en otras ocasiones, el enfermo sólo acusa obstrucción nasal, la cual tampoco cede con la amalgama de pomadas o gotas recetadas.

Todas estas molestias se acentúan y persisten y están en relación con los períodos de irritación inflamatoria de las amígdalas y del estado del enfermo.

Por lo general, el pólipo provoca inflamaciones agudas del lado donde asienta, y entonces puede observarse la tonsila tumefacta en grado sumo.

El pronóstico de los pólipos amigdalinos es completamente benigno; ahora bien, pueden presentarse complicaciones que hacen que el pronóstico sea grave, como en el caso de que durante un acceso de tos se desprenda la masa poliposa y pase a las vías respiratorias altas o digestivas, dando lugar a los disturbios consiguientes.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS PAROXÍSTICAS *

A. MERCHANT E IGLESIAS.

Clínica Médica Universitaria e Instituto de Investigaciones Médicas. Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ.

El dolor de cabeza es un síntoma que puede acompañar a las más diversas enfermedades. Procesos de naturaleza y pronóstico tan distinto como cualquier enfermedad febril de carácter benigno y un tumor cerebral pueden tener como síntoma común la cefalea. Por ello parece impropio el que nos ocupemos

del tratamiento de este síntoma, ya que lo natural es que ante él se preocupe el médico, más que de atacarlo, de llegar al conocimiento del proceso de fondo que lo produce para dirigir su actuación contra el mismo. Sin embargo, existen algunos motivos que apoyan el que prestemos atención a este tema.

En efecto, las cefaleas tienen dos formas de presentarse en la clínica: Hay unas que afectan al sujeto que las padece de manera continua y que generalmente son síntomas de una enfermedad de fondo más o menos fácil de descubrir; éstas suelen ir acompañadas de otros síntomas que pueden ocupar el primer plano del proceso y por ello el médico no es requerido por el dolor de cabeza solamente. Pero frente a ellas existen otras, que tienen la peculiaridad de presentarse de forma cíclica: es decir, aparecen en un determinado momento de manera

* Conferencia pronunciada en el Cursillo de Medicina de Urgencia celebrada en la Facultad de San Carlos, bajo la dirección del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, durante el curso 1949-50.